

DICHIARAZIONE

Dati identificativi					CAMPI OBBLIGATORI
Cognome		Nome		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nato a		il		Cittadinanza	
Indirizzo di residenza/domicilio					n.
CAP	Comune		Prov.	Stato	
C.F.			e-mail		
Tel. 1		Tel. 2		Fax	
Modalità di pagamento					CAMPI
<input type="checkbox"/> BANCA		<input type="checkbox"/> POSTE ITALIANE		<input type="checkbox"/> Pagamento allo sportello c/o Tesoreria Unipa	
CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dati attività lavorativa da espletare					CAMPI
Sede di lavoro					
Via				Tel.	
Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità					CAMPI
Di essere in possesso del seguente titolo di studio:					
Di essere dipendente privato con contratto di lavoro di tipo subordinato					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Di essere dipendente pubblico autorizzato allo svolgimento di attività libero professionale					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Di essere titolare di partita IVA <i>in qualità di...</i>					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Di voler emettere fattura poiché la collaborazione rientra nell'oggetto tipico del lavoro autonomo esercitato					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Di essere dipendente pubblico a tempo parziale sino al 50%					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Di essere dipendente pubblico a tempo pieno e di avere richiesto l'autorizzazione preventiva per l'incarico					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ai fini previdenziali dichiara					CAMPI
Di essere obbligato alla presentazione della dichiarazione dei redditi in Italia					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Di essere iscritto alla Gestione Separata INPS					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Di avere la seguente copertura previdenziale obbligatoria - INDICARE CODICE PREVIDENZIALE					<input type="text"/>
Ai fini I.R.P.E.F.					SOLO CO.CO.CO.
Richiede l'applicazione dell'aliquota del <input type="checkbox"/> 23% <input type="checkbox"/> 27% <input type="checkbox"/> 38% <input type="checkbox"/> 41% <input type="checkbox"/> 43% <input type="checkbox"/> ... %					
Ai fini I.N.A.L.L. dichiara					SOLO CO.CO.CO.
Di apprestarsi a svolgere un'attività soggetta a rischio rientrante in una delle seguenti ipotesi					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 0722 (Uso di apparecchiature elettroniche, informatiche, ecc.)					<input type="checkbox"/> 0612 (Ricerca scientifica, attività di laboratorio, ecc.)
Detrazioni					SOLO CO.CO.CO.
Richiede, se dovuta, l'applicazione della detrazione d'imposta per lavoro dipendente e assimilato.					
Richiede, qualora non già dipendente pubblico o privato, la detrazione d'imposta per i seguenti familiari a carico					
CONIUGE					
Cognome		Nome			
C.F.		A far data dal mese di		dell'anno	
FIGLI E ALTRI FAMILIARI					
Cognome		Nome			
C.F.		A far data dal mese di		dell'anno	
A carico nella misura del <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%		Handicap		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cognome		Nome			
C.F.		A far data dal mese di		dell'anno	
A carico nella misura del <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%		Handicap		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
(Solo per prestazioni occasionali) Dichiarazione ai fini dell'applicazione dei contributi INPS					
Il sottoscritto dichiara che il totale dei compensi di lavoro occasionale percepiti con questa Università e/o altri enti dal 01/01 c.a. ad oggi:					
<input type="checkbox"/> non supera € 5000.00 ma è di €					
<input type="checkbox"/> supera € 5000.00 e, pertanto, dichiara:					
di essere iscritto alla Gestione Separata INPS		Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
di avere altra copertura previdenziale obbligatoria		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si COD. <input type="text"/>	
di essere titolare di pensione diretta <input type="checkbox"/> o indiretta <input type="checkbox"/>					

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato.

Si precisa che i dati personali forniti verranno trattati esclusivamente secondo le finalità previste dal D. Lgs. n. 196/03.

Data

Firma collaboratore